



Programa de Servicio de Farmacia por Correo de CVS Caremark

Guía del usuario
Para el Plan Molina Dual Options MyCare Ohio Medicare-Medicaid

¡Es fácil empezar el servicio!

Si necesita surtir su receta de inmediato, pida a su médico que le haga dos recetas médicas de sus medicamentos a largo plazo:

- La primera para un suministro a corto plazo (p. ej., 30 días) para surtir de inmediato en una farmacia de la red.
- La segunda para un suministro de la mayor cantidad de días permitidos (un suministro de hasta 90 días) con un máximo de tres renovaciones (si es apropiado) para enviarla a CVS Caremark.

Pregúntele a su médico acerca de cómo obtener una receta médica por 90 días.

Ya sea que utilice el Programa de Servicio de Farmacia por Correo de CVS o compre sus medicamentos en una farmacia minorista dentro de la red, hable con su médico hoy mismo para obtener una receta médica por 90 días, ¡y así ahorrar dinero!

Las ventajas de usar el servicio por correo.

Si toma uno o más medicamentos de mantenimiento, puede ahorrar tiempo y dinero con el servicio por correo y recibirlos en su hogar.

Esto significa menos viajes a la farmacia y a la gasolinera.

Elija entre 4 maneras para ordenar.

- **Opción 1 – Correo** – Complete y envíe por correo el Formulario de pedido a CVS Caremark.
  Mande el formulario y pago a la dirección impresa en el formulario.
  Para nuevas órdenes, no se le olvide incluir su receta médica.
  Puede pagar usando un cheque electrónico, Bill Me Later® o una tarjeta de crédito. O puede pagar con un cheque o giro postal. No envíe dinero en efectivo.

- **Opción 2 – Página web** – Visite www.caremark.com e inicie sesión o inscríbase haciendo clic en “Start a New Prescription” y luego haga clic en “FastStart.®”.

- **Opción 3 – Teléfono** – Llame al número de teléfono gratuito de FastStart® al (888) 277-4144, de lunes a viernes; de 9 a. m. a 9 p. m., horario de la zona central. Usuarios de TTY / TDD llamen al (800) 231-4403. Proporcione su número de identificación del Plan Molina Dual Options MyCare Ohio Medicare-Medicaid (se encuentra en su tarjeta de identificación), los nombres de sus medicamentos, el nombre y número de teléfono de su médico y su dirección postal. También existe un número de teléfono gratuito automatizado para ordenar sus renovaciones 24 horas al día, los siete días de la semana.

- **Opción 4 – Doctor –** Proporcione el número de teléfono gratuito del médico de FastStart® al consultorio de su médico, (888) 277-4144 (TTY /TDD (800) 231-4403), y solicítele a su médico que lo llame, le envíe un fax o le haga una receta de forma electrónica. Para acelerar el proceso, su médico necesitará su número de identificación del Plan Molina Dual Options MyCare Ohio Medicare-Medicaid (se encuentra en su tarjeta de identificación), su fecha de nacimiento y su dirección postal.

¡Eso es todo! Después de que CVS Caremark reciba su orden y pago (si es requerido) tardará aproximadamente 10 días para que usted reciba sus medicamentos.

Descubra la ventaja de recibir sus medicamentos recetados directamente en su hogar. También existe un número de teléfono gratuito automatizado para ordenar sus renovaciones 24 horas al día, los 7 días de la semana. Si usted no recibe su orden en aproximadamente 10 días, por favor llame a CVS Caremark al (888) 277-4144, TTY / TDD (800) 231-4403.

Opciones útiles para renovar sus medicamentos.

Cuando utiliza el Programa de Servicio de Farmacia por Correo de CVS Caremark, la información que le enviamos con su pedido mostrará la fecha en que usted puede renovar sus medicamentos y la cantidad de veces que le quedan para volver a renovar.
Si solicita una renovación de sus medicamentos demasiado pronto, CVS Caremark le notificará cuando sea el momento.

Plan Molina Dual Options MyCare Ohio Medicare-Medicaid

Si necesita ayuda con cualquier asunto relacionado con el medicamento o si tiene preguntas acerca de la cobertura de medicamentos, llame al número de teléfono gratuito de nuestro Departamento de Servicios para Miembros al:

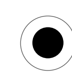
(855) 665-4623, TTY / TDD al 711
De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

El Plan Molina Dual Options MyCare Ohio Medicare-Medicaid es un plan de salud con contratos con ambos Medicare y Medicaid de Ohio para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
Esta información está disponible en otros formatos, que incluyen Braille, letra grande y audio.
You can get this information for free in other languages. Call (855) 665-4623. The call is free.

Usted puede recibir esta información en otros idiomas gratuitamente. Llame al (855) 665-4623. Esta es una llamada gratuita.

Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Para más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros del Plan Molina Dual Options MyCare Ohio Medicare-Medicaid o consulte el manual del miembro del Plan Molina Dual Options MyCare Ohio Medicare-Medicaid. Los beneficios, lista de medicamentos cubiertos, red de farmacias y proveedores o copagos pueden cambiar de vez en cuando durante el año y el 1.º de enero de cada año.





MAIL SERVICE ORDER FORM

Mail order form to:

CVS CAREMARK MTP STD
PO BOX 94467
PALATINE IL 60094-4467

Please fold here

Enter ID# if not shown or different from above

Prescription Plan Sponsor or Company Name

DIRECTIONS: Print in **BLUE** or **BLACK** ink, using CAPITAL letters. Fill in ovals completely ( ). Complete both sides of form.

To order new prescriptions: Mail your prescription(s) with this form. **# of new prescriptions:**

To order refills: Order by Web, phone, or write in Rx number(s) below. **# of refill prescriptions:**

FOR FASTEST SERVICE, order refills at www.caremark.com or call the number on your prescription benefit identification card.

SHIPPING ADDRESS IF NOT SHOWN OR DIFFERENT FROM ABOVE:



Last Name
First Name
MI
Suffix (JR, SR)

Street Address
Apt./Suite#

Use this Address for this order only.

City
State
ZIP Code —

Daytime Phone # : - -
Evening Phone #: - -

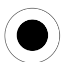
REFILL INFORMATION:

To order mail service refills, enter your prescription number(s) here:

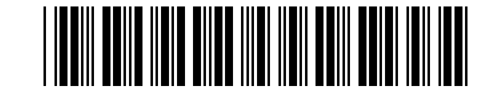
1) ____ 2) ____ 3) ____ 4) ____

5) ____ 6) ____ 7) ____ 8) ____

Prescriptions sent in one envelope may be shipped together unless you request otherwise.



32657MED0713



FILL IN FOR UP TO TWO PEOPLE WHO WILL RECEIVE PRESCRIPTIONS WITH THIS ORDER

1st PERSON ORDERING A PRESCRIPTION

○ Easy open caps ○ Print in Spanish

LAST NAME FIRST NAME M Suffix (JR, SR)

NICKNAME Gender: ○ M ○ F Date of Birth: MM-DD-YYYY

Your E-Mail: ______ Date new prescription written: ______

Doctor's Last Name ______ Doctor's First Name ______ Doctor's Phone # ______

ALLERGY/HEALTH INFORMATION: COMPLETE ONLY IF CHANGED OR NOT PREVIOUSLY REPORTED

Allergies: ○ None ○ Aspirin ○ Cephalosporin ○ Codeine ○ Erythromycin ○ Peanuts ○ Penicillin ○ Sulfa ○ Other: ______

Conditions: ○ Arthritis ○ Asthma ○ Diabetes ○ Acid Reflux ○ Glaucoma ○ Heart Problem ○ High Blood Pressure ○ High Cholesterol ○ Migraine ○ Osteoporosis ○ Prostate Issues ○ Thyroid ○ Other: ______

Please fold here

2nd PERSON ORDERING A PRESCRIPTION

○ Easy open caps ○ Print in Spanish

LAST NAME FIRST NAME M Suffix (JR, SR)

NICKNAME Gender: ○ M ○ F Date of Birth: MM-DD-YYYY

Your E-Mail: ______ Date new prescription written: ______

Doctor's Last Name ______ Doctor's First Name ______ Doctor's Phone # ______

ALLERGY/HEALTH INFORMATION: COMPLETE ONLY IF CHANGED OR NOT PREVIOUSLY REPORTED

Allergies: ○ None ○ Aspirin ○ Cephalosporin ○ Codeine ○ Erythromycin ○ Peanuts ○ Penicillin ○ Sulfa ○ Other: ______

Conditions: ○ Arthritis ○ Asthma ○ Diabetes ○ Acid Reflux ○ Glaucoma ○ Heart Problem ○ High Blood Pressure ○ High Cholesterol ○ Migraine ○ Osteoporosis ○ Prostate Issues ○ Thyroid ○ Other: ______

Special Instructions: ______

Please fold here

PAYMENT INFORMATION: Select one payment method below.

○ Electronic Check Processing (Please pre-register at Caremark.com or call Customer Care)

○ Bill Me Later® (Subject to credit approval. Please pre-register at Caremark.com or call Customer Care)

○ Credit/Debit Card (VISA, MasterCard, Discover or American Express)

○ **Charge most recently used credit card**

○ **Charge new/updated credit/debit card (provide info below)**

CREDIT CARD# Exp. Date MMYY

Credit Card Holder Signature/Date ______

○ Check/Money Order: Amount $ ____ . __

Make check or money order payable to CVS Caremark and write your ID# on the check/money order. Returned checks will be subject to a fee of up to $40, depending on state law.

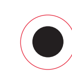
The selected payment method (unless paying by check) will be charged for future orders, unless a different form of payment is provided. It will also be charged for any outstanding balance due.

○ Fill in oval if you DO NOT want the selected payment method to be automatically charged for future orders.

REGULAR DELIVERY IS FREE
(Allow up to 10 days for delivery)
Fill in oval for faster delivery:
○ 2nd Business Day $17 per order
○ Next Business Day $23 per order
(Charges subject to change)
Faster delivery options only affect shipping time, not processing time and can only be sent to a street address, not a P.O. box.

MTP-MOF-1208 32657MED0713





MAIL SERVICE ORDER FORM

Please fold here

Enter ID# if not shown or different from above

Prescription Plan Sponsor or Company Name

Mail order form to:

CVS CAREMARK MTP STD
PO BOX 94467
PALATINE IL 60094-4467

Please fold here

DIRECTIONS: Print in **BLUE** or **BLACK** ink, using CAPITAL letters. Fill in ovals completely (⬮). Complete both sides of form.

To order new prescriptions: Mail your prescription(s) with this form. **# of new prescriptions:**

To order refills: Order by Web, phone, or write in Rx number(s) below. **# of refill prescriptions:**

FOR FASTEST SERVICE, order refills at www.caremark.com or call the number on your prescription benefit identification card.

SHIPPING ADDRESS IF NOT SHOWN OR DIFFERENT FROM ABOVE:

Last Name | First Name | MI | Suffix (JR, SR)

Street Address | Apt./Suite#

○ **Use this Address for this order only.**

City | State | ZIP Code –

Daytime Phone # : - - Evening Phone #: - -



Please fold here

REFILL INFORMATION:

To order mail service refills, enter your prescription number(s) here:

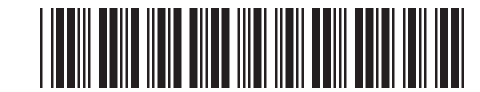
1) ______ 2) ______ 3) ______ 4) ______

5) ______ 6) ______ 7) ______ 8) ______

Prescriptions sent in one envelope may be shipped together unless you request otherwise.



32657MED0713



FILL IN FOR UP TO TWO PEOPLE WHO WILL RECEIVE PRESCRIPTIONS WITH THIS ORDER

1st PERSON ORDERING A PRESCRIPTION

○ Easy open caps ○ Print in Spanish

LAST NAME | FIRST NAME | M | Suffix (JR, SR)

NICKNAME | Gender: ○ M ○ F | Date of Birth: MM-DD-YYYY

Your E-Mail: ______ Date new prescription written: ______

Doctor's Last Name | Doctor's First Name | Doctor's Phone #

ALLERGY/HEALTH INFORMATION: COMPLETE ONLY IF CHANGED OR NOT PREVIOUSLY REPORTED

Allergies: ○ None ○ Aspirin ○ Cephalosporin ○ Codeine ○ Erythromycin ○ Peanuts ○ Penicillin ○ Sulfa ○ Other: ______

Conditions: ○ Arthritis ○ Asthma ○ Diabetes ○ Acid Reflux ○ Glaucoma ○ Heart Problem ○ High Blood Pressure ○ High Cholesterol ○ Migraine ○ Osteoporosis ○ Prostate Issues ○ Thyroid ○ Other: ______

Please fold here

Please fold here

2nd PERSON ORDERING A PRESCRIPTION

○ Easy open caps ○ Print in Spanish

LAST NAME | FIRST NAME | M | Suffix (JR, SR)

NICKNAME | Gender: ○ M ○ F | Date of Birth: MM-DD-YYYY

Your E-Mail: ______ Date new prescription written: ______

Doctor's Last Name | Doctor's First Name | Doctor's Phone #

ALLERGY/HEALTH INFORMATION: COMPLETE ONLY IF CHANGED OR NOT PREVIOUSLY REPORTED

Allergies: ○ None ○ Aspirin ○ Cephalosporin ○ Codeine ○ Erythromycin ○ Peanuts ○ Penicillin ○ Sulfa ○ Other: ______

Conditions: ○ Arthritis ○ Asthma ○ Diabetes ○ Acid Reflux ○ Glaucoma ○ Heart Problem ○ High Blood Pressure ○ High Cholesterol ○ Migraine ○ Osteoporosis ○ Prostate Issues ○ Thyroid ○ Other: ______

Special Instructions: ______

Please fold here

Please fold here

PAYMENT INFORMATION: Select one payment method below.

○ Electronic Check Processing (Please pre-register at Caremark.com or call Customer Care)

○ Bill Me Later® (Subject to credit approval. Please pre-register at Caremark.com or call Customer Care)

○ Credit/Debit Card (VISA, MasterCard, Discover or American Express)

○ **Charge most recently used credit card**

○ **Charge new/updated credit/debit card (provide info below)**

CREDIT CARD# | Exp. Date MMYY

Credit Card Holder Signature/Date

○ Check/Money Order: Amount $ ____ . __

Make check or money order payable to CVS Caremark and write your ID# on the check/money order. Returned checks will be subject to a fee of up to $40, depending on state law.

The selected payment method (unless paying by check) will be charged for future orders, unless a different form of payment is provided. It will also be charged for any outstanding balance due.

○ Fill in oval if you DO NOT want the selected payment method to be automatically charged for future orders.

REGULAR DELIVERY IS FREE

(Allow up to 10 days for delivery)

Fill in oval for faster delivery:

○ 2nd Business Day $17 per order

○ Next Business Day $23 per order

(Charges subject to change)

Faster delivery options only affect shipping time, not processing time and can only be sent to a street address, not a P.O. box.

MTP-MOF-1208 32657MED0713